

# Ställningstagande till behandlingsbegränsning

---

## Förändringar sedan föregående version

Ingen förändring vid denna revidering

## Syfte

- Att skapa en gemensam riktlinje för NU-sjukvården för ställningstaganden om livsuppehållande behandling.
- Att de ställningstaganden som tas baseras på noggranna medicinska- och etiska överväganden, och lever upp till de krav som formuleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

## Ansvar

Verksamhetschef är ansvarig för att rutinen är känd och efterlevs.

## Inledning

Med livsuppehållande behandling avses behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv.

Det är viktigt med tydliga riktlinjer för ställningstaganden som rör liv och död. Samtidigt går det inte att ge detaljerade vägledningar för alla tänkbara situationer som kan uppstå. Den som tar ställning till om livsuppehållande behandling bör eller inte bör ges i enskilda patientfall har därför ett stort ansvar.

## Skäl till att begränsa livsuppehållande behandling

- När patienten inte vill ha behandling.
- När behandlingen inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.
  - Behandlingen saknar förutsättningar att ge avsedd medicinsk effekt och kan därför betraktas som utsiktslös.
  - Behandlingen bedöms göra mer skada än nytta eller inte vara till gagn för patienten.

## Ställningstagande till begränsning av livsuppehållande behandling

Vid planering av en svårt sjuk patients vård ska en särskilt utsedd legitimerad läkare, den fasta vårdkontakten [3], överväga om det finns skäl att begränsa livsuppehållande behandling. Inför ställningstagandet ska läkaren rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Läkaren bör även rådgöra med annan vårdpersonal t. ex undersköterska som deltagit i patientens vård. När ställningstagandet aktualiseras i en akut vårdsituation, och fast vårdkontakt inte är utsedd eller tillgänglig, ska den behandlande läkaren ta ställning.

Vårdpersonal ska veta om en patient inte ska ges livsuppehållande behandling och vilka behandlingsalternativ som är aktuella när livet närmar sig sitt slut. Detta gäller främst förhandsbeslut om HLR. Vid andra oförutsedda livshotande situationer ska en läkare tillkallas för att eventuellt ta ställning till behandlingsbegränsning.

## Ställningstagandets giltighet

Vårdbegränsningen gäller alla verksamheter inom sjukhuset då sjukhuset juridiskt kan räknas som en verksamhet. Ställningstagandet ska uppdateras vid varje nytt slutenvårdstillfälle och fortlöpande uppdateras, omprövas och följas upp.

Ställningstagandet gäller även under patienttransporter och tillfällig vistelse på andra vårdenheter t.ex. röntgen eller operation.

## Patientens rätt till självbestämmande

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Ansvarig läkare bör, när så bedöms lämpligt, ta upp frågan om eventuell begränsning av livsuppehållande behandling. Läkaren ska anpassa informationen till patientens förmåga att förstå, till hur mycket patienten vill veta och påverka, samt vara lyhörd för patientens känslomässiga reaktioner. På patientens begäran kan ställningstagandet överlåtas till läkaren.

När patienten uttryckt en önskan om att inte inleda, eller att inte fortsätta livsuppehållande behandling ska ansvarig läkare försäkra sig om att patienten har fått individuellt anpassad information, har förmåga att förstå informationen och konsekvenserna av sitt beslut, och har tagit ställning av egen fri vilja. Läkaren ska även utvärdera om patientens ställningstagande beror på faktorer som går att påverka t.ex. depression, inverkan av läkemedel, en tillfällig livskris, smärta, brister i omvårdnad eller samhällsstöd.

Läkaren får inte ge behandling som patienten inte vill ha. Om patienten bedöms ha beslutsförmåga ska därför dennes önskemål om att inte inleda, eller att inte fortsätta livsuppehållande behandling respekteras. Det gäller även när patienten inte befinner sig i livets slutskede och då en viss behandling skulle kunna vara effektiv. Patienten kan inte kräva att få en behandling som inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. När patienten bedöms närma sig livets slutskede är ett så kallat brytpunktsamtal motiverat. Läkaren ska vid detta förmedla att vården inriktar sig på livskvalitet och symtomlindring. Det kan finnas skäl att fortsätta med farmakologisk behandling, t.ex. diuretika, antibiotika och cytostatika, i syfte att uppnå god symtomkontroll. Det krävs individuella bedömningar för att avgöra om patienten ska informeras om att läkaren tagit ställning till att begränsa livsuppehållande behandling när sådan inte bedömts vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som regel ska patienten informeras om ställningstagandet och involveras i planeringen av den fortsatta vården. För vissa patienter, t.ex. för den som vet att livet närmar sig slutet, kan dock information ha begränsat värde eller till och med utgöra en belastning.

## Närståendes roll

Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. Har patienten tydligt uttalat att personalen inte ska lämna information till närstående ska detta respekteras. När en patient saknar beslutsförmåga ska, som regel, en tidigare muntlig eller skriftlig viljeyttring om begränsning av livsuppehållande behandling respekteras. Närstående bör tillfrågas om patienten tidigare har uttryckt önskemål om livsuppehållande behandling och vården i livets slutskede. Det är alltid den ansvarige läkare som har det slutgiltiga ansvaret för ställningstaganden till behandling. Närstående kan inte kräva behandling eller att behandling avslutas.

## Dokumentation

Dokumentation ska ske i den mall som finns i Melior, och läggas under ”Fria aktiviteter”. Endast en anteckning ”Begränsning av vårdinsats” ska upprättas. Alla förändringar ska skrivas i samma anteckning.

Ansvarig läkare ska dokumentera:

- på vilka grunder och vid vilken tidpunkt ställningstagandet gjorts,
- med vilken annan legitimerad yrkesutövare den ansvariga läkaren har rådgjort
- på vilket sätt patienten och eventuellt närstående informerats om ställningstagandet alternativt om samråd inte varit aktuellt.

Vid varje nytt slutenvårdstillfälle ska ställningstagandet uppdateras genom att ”Tidpunkt för ställningstagandet” ändras till aktuellt datum. Övriga sökord uppdateras endast vid behov.

I samband med polikliniska besök där den fasta vårdkontakten [3] planerar för den fortsatta uppföljningen och behandlingen, kan det vara värdefullt att diskutera

eventuella behandlingsbegränsningar. Sökordet ”brytpunktssamtal” kan då med fördel användas, så att planen blir möjlig att finna vid framtida slutenvårdstillfällen. Anteckningen ”Begränsning av vårdinsats” under Fria aktiviteter (se ovan) kan dock inte användas när patienten inte är inskriven för ett slutenvårdstillfälle.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig är ansvarig för revision vartannat år, eller vid behov. Avvikelser från rutinen ska rapporteras i MedControl PRO

### Relaterad information

1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20117-om-livsuppehallande-behandling/>

2 Patientlag (2014:821). [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/#K6](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K6)

3. Fast vårkontakt När, var och hur?  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-10-26.pdf>

4. Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR) 2021, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. [https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2021/02/Rev\\_Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning\\_andra\\_upplagan\\_2021.pdf](https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2021/02/Rev_Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning_andra_upplagan_2021.pdf)

5. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling.

Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening. 2018.  
[https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/sls\\_ssf\\_riktlinjer\\_avbryta\\_avsta\\_2018.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/sls_ssf_riktlinjer_avbryta_avsta_2018.pdf)

## Granskare

NU-sjukvårdens etikkommitté.

.

## Praktiska råd kring HLR-beslut

### På akutmottagningen

Tänk så här: Om jag som legitimerad läkare står bredvid patienten och patienten plötsligt drabbas av hjärtstopp – skulle jag då inleda HLR? Om svaret är ”ja” eller ”det vet jag inte” ska frågan om ”ej HLR” avgöras på nästa ordinarie rond på vårdavdelning. Om svaret är ”nej” ska ställningstagandet ”ej-HLR” dokumenteras om kriterierna nedan är uppfyllda.

När patienten ska lämna akutmottagningen gäller således att HLR i normalfallet ska inledas i händelse av hjärtstopp. Vi måste acceptera att inleda HLR några gånger för ofta när ställningstagandet ”ej-HLR” hade varit rimligt, hellre än att avstå från att inleda HLR när liv hade kunnat räddas. Vid osäkerhet kontaktar läkaren på akutmottagningen bakjouren (eller ledningsläkaren) som bedömer situationen. Om HLR inte ska inledas ska bakjouren avgöra när och hur samråd med patienten ska ske samt hur och av vem ställningstagandet ska dokumenteras.

Patienter som inte är inskrivna på sjukhuset kan inte omfattas av ”ej-HLR”! (väntar på färdtjänst, sitter i mottagningsväntrum, undersöks polikliniskt på rtg eller lab mm)

Från det att patienten skrivs in på akutmottagningen eller direkt på vårdavdelningen tills patienten skrivs ut från sjukhus och lämnar vårdavdelningens lokaler kan eventuellt ställningstagande till HLR göras, ändras eller återtas. Det ska vara den läkare som av verksamhetschefen utsetts till fast vårdkontakt som gör dessa ställningstaganden.

## Ej-HLR redan vid inskrivning

I följande fall kan ställningstagande till HLR göras av den legitimerade läkare som ansvarar för ordinationer vid inläggning, t ex på akutmottagningen. (således inte AT-läkare):

1. Patienten tar själv upp frågan om HLR och uttrycker att han eller hon inte vill ha sådan behandling. Läkaren måste i detta fall ta ställning. Om läkaren bedömer att patientens begäran inte kan tillgodoses på grund av nedsatt beslutskapacitet, ska patienten informeras om att ställningstagande till HLR inte kan göras akut, utan att patienten måste ta upp frågan vid första rond på avdelningen. Eventuellt kan bakjouren kontaktas för samråd. Denna problematik är ovanlig.
2. Det finns dokumenterat ”ej-HLR” vid ett tidigare vårdtillfälle under det senaste året inom NU-sjukvården eller annat sjukhus (läsbart via SIEview eller NPÖ). Om det av dokumentationen framgår att den medicinska grunden från det tidigare vårdtillfället förändrats så att HLR nu är påkallad i händelse av hjärtstopp ska, behandlingsbegränsningen tas bort (Under ”Beslut”, välj ”Ingen behandlingsbegränsning”). Om det tidigare ställningstagandet grundade sig på att patienten vid det tillfället begärt att ”ej-HLR” skulle gälla, måste patientens beslut bekräftas igen med samtal. Om det inte är möjligt ska tidigare viljeyttring från patienten gälla, samråd med närstående ska göras om det bedöms lämpligt.

I övriga fall ska ”ej-HLR” från tidigare vårdtillfälle således gälla. Sökordet ”Tidpunkt för beslutet” uppdateras till aktuellt datum. Information om det ursprungliga beslutet finns alltid kvar i historik. Information till patienten om ej-HLR har ju lämnats tidigare och ska upprepas endast om det bedöms nödvändigt.

3. Det aktuella vårdtillfället inleds i en situation som bedöms som palliativ vård. Den bedömningen ska stödjas i tidigare journalanteckning, t ex under sökord "brytpunktssamtal". Det kan gälla patienter inskrivna i palliativt team, patienter med långt framskriden allvarlig neurologisk sjukdom, cancer, lungsjukdom, njursjukdom eller motsvarande. Vid osäkerhet beträffande patientens chanser att överleva ett hjärtstopp och HLR ska ställningstagande till "ej-HLR" anstå till ordinarie rond, se ovan. Patienten ska informeras om att HLR inte kommer att inledas vid eventuellt hjärtstopp. Det är inte aktuellt att fråga patienten vad patienten vill eftersom ställningstagandet i detta fall grundas på en bedömning att HLR inte har förutsättning av vara framgångsrik, att HLR inte är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om läkaren bedömer att patienten inte i det akuta läget har möjlighet att delta i samråd om HLR ska informationssamtalet hänskjutas till nästkommande ordinarie rond. Närstående ska informeras i de fall läkaren bedömer att det är lämpligt. Sådan information är således inte obligatorisk, men i vissa fall lämplig.

## Sammanfattning och formuleringsförslag

Ovanstående råd gäller endast ställningstagande till HLR! Det är det enda ställningstagande som är nödvändigt för sjuksköterskor och övriga medarbetare att känna till. Saknas markering och dokumentation angående HLR ska patient med hjärtstopp alltid bli föremål för omedelbar HLR (se ovan). Frågor som berör IVA-vård, respirator, dialys mm kan dokumenteras i samma anteckning om behandlingsbegränsningar, men dessa uppgifter syftar enbart till att ge stöd till läkare i framtida behandlingsplanering. De reglerar inte vårdarbetet för övrig personal.

Använd gärna fritextrutan i Melior!

*"ej-HLR gäller eftersom det inte är sannolikt att åtgärden förlänger patientens liv. Allvarlig funktionsnedsättning i flera organ."*

*"ej-HLR gäller eftersom patienten uttryckt att han inte vill ha HLR. Hans bedömning sammanfaller med min bedömning att HLR inte är medicinskt motiverad"*

*"ej-HLR gäller eftersom det inte är sannolikt att åtgärden förlänger patientens liv. Jag har inte talat med patienten om detta, eftersom han just nu är konfusorisk. Jag har informerat dottern, och hon är införstådd med ställningstagandet."*

*"ej-HLR gäller eftersom det inte är sannolikt att åtgärden förlänger patientens liv. Jag har inte talat med patienten om detta, eftersom han just nu är konfusorisk. Jag har informerat dottern, se daganteckning dagens datum" (om informationen blir till ett brytpunktssamtal ska referat dokumenteras i vanlig journaltext. Hänvisa till den anteckningen.)*

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** NU-sjukvården

**Innehållsansvar:** Jesper Swärd, (jessv1), Chefläkare

**Godkänd av:** Olof Ekre, (oloek), Områdeschef

**Dokument-ID:** NU10092-2087047004-66

**Version:** 22.0

**Giltig från:** 2025-12-15

**Giltig till:** 2027-12-15